

INDIANA STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
(Departamento de Salud del Estado de Indiana)  
PROGRAMA DE HEMOFILIA

Efectivo a partir del 14 de Abril del 2006

Versión 2.0

**Aviso sobre el  
manejo de la  
Privacidad**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO PODRÍA SER USADA Y COMPARTIDA LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y COMO (USTED) PODRÍA TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.** Este aviso explica sus derechos para controlar su información médica. Su información médica no será compartida con nadie si no nos da una autorización por escrito con la excepción que se describe en este aviso o cuando es requerido o permitido por la ley. Nos reservamos el derecho de revisar la forma en que manejamos la privacidad y hacer cambios en las estipulaciones de privacidad para la información médica que mantenemos. Si los términos de este aviso cambian, se le dará una copia del aviso con los cambios.

***USTED NO NECESITA HACER NADA COMO CONSECUENCIA DE ESTE AVISO***

**Nuestras  
Responsabilidades y  
Compromisos  
Con Usted**

Sabemos que la información sobre su salud es personal. Por ello, nos hacemos responsables muy seriamente y asumimos el compromiso de mantener la privacidad de su información médica personal. Nos comprometemos a cumplir todas las leyes estatales y federales que protejan su información médica. A nosotros se nos requiere hacer lo siguiente:

- Proteger su información médica.
- Darle este aviso para explicarle nuestras responsabilidades y las formas que usamos y compartimos su información médica.
- Informarle acerca de sus derechos sobre su información médica.

**Sus Derechos**

Usted tiene los siguientes derechos:

- Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aunque usted este de acuerdo en recibirlo electrónicamente (por e-mail).
- Usted tiene el derecho de ver y obtener copia de su información médica. Se le cobrará por cada copia de cada página. Podríamos negar su petición de ver y obtener copia de su información médica bajo limitadas circunstancias de acuerdo a la ley del estado. Si usted considera que el acceso a su información médica le ha sido incorrectamente negado, puede llenar una apelación con el Privacy Officer (Oficial de Privacidad) o levantar una demanda civil en la corte del condado donde le fue negada. Antes de poner una demanda, usted puede contactar la Office of the Public Access Counselor (Oficina del Consejero de Acceso Público) para una respuesta informal o para poner una queja formal. Si se llena una apelación con el Privacy Officer (Oficial de Privacidad), una persona que no participó en la decisión de negar su petición revisará la apelación.
- Usted tiene el derecho de pedir que rectifiquemos información médica que considera es incorrecta o incompleta. Su petición podría ser negada si la información no fue generada por nosotros, si no es parte de la información que a usted se le permite revisar o copiar, o si decidimos que su información personal médica es correcta y completa.
- Usted tiene el derecho de pedir una lista que muestre las veces que su información médica ha sido compartida. Esta lista no incluirá información personal de su salud que fue proporcionada para darle tratamiento, para obtener pago por servicios, o para propósitos administrativos u operacionales. Esta lista no incluirá información que usted pidió por escrito y se le proporcionó, información que se le proporcionó a otros por una autorización escrita, información que se proporcionó a personas involucradas en su cuidado, o información proporcionada antes del 14 de Abril del 2003.
- Usted tiene el derecho de pedir que su información personal de salud no sea proporcionada, que sea proporcionada solo parte de su información, o proporcionada por las razones que usted diga. Nosotros podríamos no estar legalmente obligados a atender su petición.
- Usted tiene el derecho a pedir que lo contactemos acerca de su salud personal de alguna manera o en un lugar específico. Por ejemplo, usted puede pedir que solo se le contacte en el trabajo o por e-mail. Nosotros revisaremos y concederemos peticiones razonables. Para que lo contactemos de alguna forma especial o lugar específico, acerca de su información médica personal, debe llamar o escribir al Privacy Office (Oficina de Privacidad) a la dirección o teléfono que está al final de este aviso que es donde usted puede contactarnos.

**Usar y  
Compartir su  
Información  
Médica**

Nosotros no creamos información médica. Recibimos información médica para determinar si es elegible para este programa. La información también se recibe en los comprobantes para pago de los proveedores de servicios médicos que le dieron servicios. Podríamos usar su información médica para pagar los servicios brindados a usted por proveedores de servicios médicos, por razones administrativas y operacionales, y para evaluar la calidad de los servicios que usted recibe. El uso de su información médica que no este mencionado en este Aviso no se realizará sin su autorización escrita. Si usted firma una autorización, ésta podría ser revocada mediante un aviso por escrito de revocación. Como no podemos describir todos los casos relacionados con el uso legal de su información médica, los siguientes son algunos ejemplos comunes de cómo usamos su información personal de salud:

- Podríamos usar su información médica para determinar si el tratamiento es médicamente necesario o para que se le ofrezca el tratamiento adecuado.
- Doctores, hospitales y otros proveedores de servicios médicos que le proporcionan servicios a usted mandan su información médica en forma de comprobantes para su pago. Esta petición de pago incluye información que lo identifica, diagnóstico, y procedimientos. Nosotros usamos esta información médica para el pago por servicios, de acuerdo con las reglas y regulaciones del Programa. También podríamos compartir su información con otros programas, como Medicaid o compañías privadas de seguros para coordinar beneficios y pagos.
- Miembros de nuestro personal podrían usar su información médica para revisar el cuidado y resultados de su tratamiento y para comparar los resultados con otras personas que recibieron el mismo tratamiento o similar. Usamos esta información para mejorar la calidad y efectividad de los servicios médicos.
- Podríamos proporcionar su información médica a nuestros empleados involucrados en la administración de este programa. También podríamos proporcionar su información médica a contratistas para que ellos puedan realizar los trabajos que les pedimos, como autorizar servicios para usted o revisar pagos hechos a los proveedores de servicios médicos. Para proteger su información médica requerimos que los contratistas cumplan con las reglas para proteger su información.
- También podríamos compartir su información con el Programa de Enfermedades Crónicas (Chronic Disease Program), Servicios Médicos Especiales para Niños (Children's Special Health Care Services) y la Asociación de Seguro Médico Comprensivo de Indiana (Indiana Comprehensive Health Insurance Association (ICHIA)) para la coordinación de beneficios del seguro médico.
- Podríamos usar o compartir su información médica para ofrecer recordatorios de citas, informarle sobre posibles opciones de tratamiento, tratamientos alternativos, y para otros beneficios relacionados con la salud.
- Podríamos proporcionar o compartir su información médica con otras agencias de gobierno que le podrían ofrecer beneficios públicos o servicios.
- Podríamos usar o proporcionar su información médica en cumplimiento con la ley y como se requiera por la ley en respuesta a una orden de la corte.

**Para poner  
una Queja**

Si tiene preguntas o quisiera información adicional, o si tiene una queja acerca de nuestro manejo de información médica o considera que hemos violado sus derechos de privacidad, por favor ponga una queja o comentario al Privacy Officer (Oficial de Privacidad) o la Secretary of Health and Human Services (Secretaria de Salud y Servicios Humanos).

Nos puede contactar o poner una queja con el Programa a la siguiente dirección o teléfono:

**Privacy Officer, Office of HIPAA Compliance  
Indiana State Department of Health  
2 North Meridian  
Indianapolis, IN 46204  
(317) 233-7655**

Así mismo, puede presentar una reclamación en la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en el Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos de EE.UU. (DHHS). Si la presunta violación se produjo en el estado de Indiana, utilice la dirección y número de teléfono de la OCR, Región V que se indican a continuación:

**Office for Civil Rights  
Department of Health & Human Services  
233 N. Michigan Ave. – Suite 240  
Chicago, IL 60601  
(312) 886-2359**

**Nosotros nunca tomaríamos una acción en contra suya por el hecho de poner una queja ni tampoco se verían afectados los servicios médicos que se le ofrecen.**